

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900.— N° 89

DES FISTULES INTESTINO-VAGINALES

APRÈS LES INTERVENTIONS

SUR LES ANNEXES

Par le Vagin

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 13 Janvier 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Eugène RANDON

né le 19 novembre 1873 aux Lèches (Dordogne)



DIJON

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE SIRODOT-CARRÉ

Rue Amiral-Roussin, 40

—
1900

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1899-1900.— N° 89

DES FISTULES INTESTINO-VAGINALES

APRÈS LES INTERVENTIONS

SUR LES ANNEXES

Par le Vagin

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

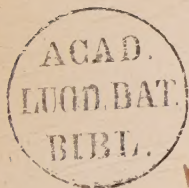
Et soutenue publiquement le 13 Janvier 1900

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

Eugène RANDON

né le 19 novembre 1873 aux Lèches (Dordogne)



DIJON

TYPOGRAPHIE ET LITHOGRAPHIE SIRODOT-CARRÉ

Rue Amiral-Roussin, 40

—
1900

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. LORTET. DOYEN.
LACASSAGNE. ASSESSUR.

PROFESSEURS HONORAIRES
MM. PAULET, CHAUVEAU, BERNE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements	}	OLLIER.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....	}	FOCHIER.
Clinique des maladies mentales		GAYET.
Physique médicale.....	}	GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie	}	MONOYER.
Matière médicale et botanique		HUGOUNENQ.
Zoologie et Anatomie comparée.....	}	CAZENÈVE.
Anatomie		FLORENCE.
Anatomie générale et Histologie.....	}	LORTET.
Physiologie		TESTUT.
Pathologie interne	}	RENAUT.
Pathologie externe		MORAT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....	}	TEISSIER.
Anatomie pathologique		AUGAGNEUR.
Médecine opératoire.....	}	MAYET.
Médecine expérimentale et comparée		TRIPPIER.
Médecine légale	}	POLLOSSON(M.)
Hygiène.....		ARLOING.
Thérapeutique	}	LACASSAGNE.
Pharmacie.....		BARD.
		SOULIER.
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des Maladies des femmes..... LAROYENNE.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Clinique des maladies des enfants.....	WEILL. ^{agrégé.}
Maladie des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS —
Accouchements	POLLOSSON(A.) —
Propédeutique médicale.....	ROQUE. —
Propédeutique chirurgicale.....	GANGOLPHE —
Botanique	BEAUVISAGE —

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	COURMONT.	VALLAS.	PAVIOT.
ROUX.	DEVIC.	SIRAUD.	NOVÉ-JOSSERAND
POLLOSSON (A)	COLLET.	DURAND.	BÉRARD.
ROCHET.	BOYER.	DOYON.	SAMBU.
ROLLET.	BARRAL.	PIC.	BORDIER.
CONDAMIN.	MOREAU.		

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. H. SOULIER, Président; M. ROLLET, Assesseur;
MM. CONDAMIN et VALLAS, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur SOULIER

Professeur de thérapeutique

Membre correspondant de l'Académie de médecine

A MONSIEUR le Professeur-agrégé CONDAMIN

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MA MÈRE, A MON PÈRE

Homage de reconnaissance et d'affection

A MES TANTES, A MES ONCLES

A MES PARENTS

A MES AMIS

Nous voici enfin arrivé au terme de nos études médicales. Nous avons voulu, avant d'entrer dans la carrière qui s'ouvre devant nous, jeter un coup d'œil en arrière, et suivre par la pensée le chemin parcouru jusqu'à ce jour. Nous nous rendons compte combien les efforts que nous avons pu faire eussent été insuffisants, combien notre tâche eût été plus aride et plus dure, si nous n'eussions été soutenu à chaque pas que nous avons fait dans la vie, par des affections sincères, des dévouements sans bornes. Nous voulons ici rendre hommage à ces affections, à ces dévouements, remercier tous ceux qui nous ont aimé, et aidé de leurs conseils.

Mes maîtres et mes amis ne m'en voudront pas de donner la première place à ma mère et à mon père.

A vous donc, la première, je dédie ce travail, ma chère mère. Vous m'avez toujours entouré des soins les plus affectueux, vous m'avez suivi pas à pas, sans relâche, me soutenant de vos sages conseils, ayant pour unique ambition de faire de moi un homme. La tutelle a pu quelquefois me paraître un peu dure, et mon caractère trop ardent vous a peut-être causé quelques peines. Oubliez-les, ma chère mère, je reconnais aujourd'hui plus que jamais combien vos conseils m'ont été utiles, et je suis heureux de vous dédier ce travail comme hommage de ma vive reconnaissance et de ma tendre affection.

Je le dédie à vous aussi, mon cher père, dont la vie n'est pour moi qu'un long exemple d'honneur et de désintéressement. Vous vous êtes créé pour moi bien des sacrifices. Votre grande expérience de la vie vous a permis de me donner des conseils qui m'ont toujours été utiles. Je n'oublierai jamais tout ce que vous avez fait pour moi, et puisse-je vous montrer ma reconnaissance en vous prouvant par mes actes que j'ai compris vos leçons et profité de vos exemples.

Nous avons suivi pendant deux semestres en qualité de stagiaire, le service de Monsieur le professeur Laroyenne. Nous sommes fier d'appartenir à l'école de ce grand maître. Nous le remercions de l'accueil sympathique qu'il nous a réservé.

Nous remercions vivement Monsieur le professeur Soulier du grand honneur qu'il nous fait en présidant notre thèse.

L'idée première de notre travail nous a été donnée par Monsieur le professeur agrégé Condamin. Nous avons suivi assidûment pendant un semestre ses leçons hebdomadaires. C'est lui qui nous a initié aux difficultés de la gynécologie. Il a été pour nous plein de bienveillance, et ne nous a ménagé ni son temps ni ses conseils. Nous le prions d'agréer l'hommage de notre profonde gratitude.

Merci à Monsieur le docteur Repelin, chef de clinique gynécologique, si sympathique, si accueillant, et qui nous a beaucoup aidé à mener notre thèse à bonne fin.

Merci, enfin, à tous nos maîtres civils de l'Université de Lyon. Nous tâcherons de mettre à profit pendant notre carrière médicale leurs excellentes leçons, et nous nous inspirerons toujours de leurs exemples.

Nous devons un hommage de gratitude à nos premiers maîtres de l'Ecole de médecine de Clermont-Ferrand, et en particulier à Monsieur le docteur Bousquet, directeur de l'école, professeur de clinique chirurgicale, et à Monsieur le docteur Tixier, professeur d'anatomie, médecin de l'hôpital. C'est sous la direction de ces excellents maîtres que nous avons commencé nos études médicales. Nous garderons le souvenir de leurs leçons à la fois savantes et pratiques. Ils ont droit à toute notre reconnaissance pour les nombreuses marques de sympathie qu'ils nous ont témoignées.

Depuis trois ans que nous sommes entré à l'Ecole nous avons trouvé un second père en la personne de Monsieur le médecin principal de première classe Pierrot. Nous n'oublierons jamais toutes les bontés qu'il a eues pour nous. Il n'a laissé en quittant l'Ecole que des regrets dans le cœur de tous les élèves. Nous avons gardé de lui le souvenir d'un chef très juste, d'une grande affabilité pour tous ceux qui l'approchaient. Nous ne nous considérons pas comme acquitté de notre dette de reconnaissance par ces quelques mots qui rendent mal toute l'ardeur de notre gratitude. Nous garderons vivace au cœur un inaltérable dévouement pour le meilleur de nos chefs.

Monsieur le médecin major et Madame Vialle nous ont fait l'honneur de nous recevoir. De plus, Monsieur le médecin major Vialle s'est

intéressé à nous dans maintes circonstances. Nous les remercions vivement de leur sympathique accueil.

Nous nous arrêterons là, car après les paroles de reconnaissance viendraient les paroles amères. Après trois longues années, nous quittons cette Ecole sans regrets. Nous y sommes entré avec beaucoup d'illusions; nous y avons trouvé bien des déboires. Mais nous ne voulons nous rappeler aujourd'hui que des deux chefs que nous venons de citer et qui ont été bons pour nous.

Aux heures de tristesse et de découragement nous avons trouvé parmi nos camarades quelques vrais amis. Ils voudront bien se reconnaître dans ces lignes. Nous les remercions de leur solide et franche amitié.

Nous n'oublierons pas les moments de gaieté qu'ils nous ont procurés. Ils auront toujours en nous un ami sincère et dévoué. Nous penserons toujours à eux au milieu des pérégrinations que nous imposera la vie militaire.

Nous avons depuis notre enfance reçu de la famille de Lavaur de Sainte-Fortunade de nombreuses marques de sympathie. Nous sommes heureux de lui en exprimer toute notre reconnaissance.

Pendant les courtes vacances que nous avons passées auprès de notre famille à Brive, nous avons trouvé un accueil charmant chez Monsieur le docteur et Madame Prioleau. Ils ont droit à tous nos remerciements.

Merci à Monsieur le médecin major de première classe Christy pour les excellents conseils qu'ils nous a donnés en maintes circonstances.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

La question des suppurations pelviennes a depuis longtemps suscité entre les gynécologistes de nombreuses discussions. Tous sont d'accord pour dire qu'il faut aborder sans retard la collection purulente, l'évacuer, enlever les organes dont la *restitutio ad integrum* est impossible. Presque tous aussi recommandent de conserver un utérus ou des annexes qui peuvent redevenir sains, et ils s'appuient avec raison sur un certain nombre de grossesses survenues après des interventions non radicales, alors qu'on s'était contenté de frayer un chemin au pus et de drainer. Mais où les divergences vont s'établir, profondes, irréductibles, c'est dans la manière d'intervenir. Les uns, profitant de la grande sécurité que donnent les méthodes antiseptiques, préférant opérer à ciel ouvert, et avoir directement sous les yeux ce qu'ils font, pratiquent sans hésiter la laparotomie, vont à la recherche des annexes malades, et les enlèvent par cette voie. Ils ne consentent à opérer par le vagin que dans un très petit nombre de cas très simples et bien limités.

D'autres, plus éclectiques, reconnaissent que les deux méthodes ont leurs indications spéciales qui les

commandent. La voie vaginale est pour eux, dans bon nombre de cas, la voie de choix.

D'autres, enfin, admettent que toutes les collections du petit bassin doivent être abordées par l'incision du cul-de sac postérieur du vagin. Ils soutiennent que dans le plus grand nombre de cas cette méthode est suffisante. Pour eux, on n'a besoin de recourir à la laparotomie que dans des cas exceptionnels. En tête de ces derniers chirurgiens, se trouve M. le professeur Laroyenne qui a émis cette théorie bien des fois, qui l'a soutenue par de nombreuses publications. Nous la lui avons encore entendu professer à son cours de gynécologie. Ses élèves, MM. Guillaud, Condamin, Repelin, nous ont tour à tour pendant notre stage hospitalier, expliqué les avantages de la méthode lyonnaise. Ils nous ont fait toucher du doigt sa bénignité en même temps que son efficacité.

M. le Professeur agrégé Condamin nous parlant, il y a quelques mois, dans le service de M. le Professeur Laroyenne des opérations vaginales, ajoutait qu'une des raisons qu'il avait observées dans sa pratique chirurgicale et qui le déterminait de plus en plus à opérer par le vagin, était la formation fréquente, à la suite des suppurations annexielles ou des manœuvres opératoires, tant par la laparotomie que par la voie vaginale, de fistules stercorales. Son intention était de faire une communication sur ce sujet. Je le priai de vouloir bien me permettre de le prendre pour thème de mon travail inaugural. Avec sa bienveillance habituelle il me l'accorda. Les idées que j'émettrai, c'est à l'école de ce maître éminent que je les ai

puisées. Son enseignement plein de clarté, de précision, a su nous faire comprendre bien des points obscurs, nous faire partager la ferme conviction qu'il possède, conviction qu'il a puisée dans une pratique journalière de la gynécologie.

Nous traiterons donc dans ce travail des fistules consécutives aux suppurations pelviennes. Nous étudierons leur pathogénie, et nous essaierons de prouver qu'on doit toujours les craindre dans une intervention. Il en découlera comme conséquence qu'on doit presque toujours opérer par le vagin. Nous indiquerons enfin, pour les quelques cas rares où la fistule persiste longtemps, le mode d'intervention qu'il convient d'employer pour obtenir une guérison complète.

CHAPITRE I

Discussion des opérations par le Vagin

*Avantages de la voie vaginale au point de vue spécial
des Fistules stercorales*

L'incision vaginale dans les cas de suppurations pelviennes, est une très ancienne opération. Quand les méthodes antiseptiques permirent de pratiquer presque impunément la laparotomie, l'engouement des chirurgiens devint considérable pour cette dernière opération. L'incision vaginale fut reléguée au dernier plan, et ne fut plus proposée que comme une opération d'urgence, d'exception, et pour des cas très simples. Il n'y eut guère qu'à Lyon où cette opération continua à être pratiquée méthodiquement, et fut soutenue par Laroyenne et ses élèves.

Doléris, parlant du traitement des suppurations pelviennes, concluait ainsi au Congrès de Genève en 1896 : « Le traitement des suppurations pelviennes
« doit procéder suivant les règles générales et absolues de la thérapeutique, du simple au composé,
« des procédés bénins et conservateurs aux procédés
« de destruction. »

Et il ajoutait : Depuis 1889, je n'ai cessé d'écrire et
« de combattre pour le triomphe de ce principe : la

« conservation des organes prime toute la thérapeutique gynécologique. »

Ce que disait Doléris, les gynécologistes lyonnais n'ont cessé de le proclamer, et mettant leurs actes en accord avec les idées qu'ils soutiennent, ils pratiquent d'emblée l'incision vaginale qui est simple, ne détruit rien.

On a voulu définir cliniquement les suppurations pelviennes, les entourer de garanties de diagnostic telles qu'on puisse en tirer des indications thérapeutiques très nettes. Malheureusement la superposition de règles thérapeutiques à des espèces anatomiques bien déterminées n'est ici qu'une illusion. Dans la grande majorité des cas, il n'est pas possible de déterminer ces espèces anatomiques. Pourquoi alors commencer d'emblée par une opération grave (laparotomie, hystérectomie) alors qu'on a sous la main une intervention éminemment bénigne, très suffisante, qui ne demande que quelques instants, et ne met nullement en danger la vie de la malade.

Une des grandes causes de la défaveur dont jouit l'incision vaginale est qu'on ne la connaît pas assez, parce que, de parti-pris, on la pratique trop peu. Beaucoup de chirurgiens ont un faible pour une belle opération, et oublient quelquefois qu'un procédé faisant ressortir avec moins d'éclat peut-être leur habileté chirurgicale rendrait aussi plus de services à leur malade.

Nous venons d'indiquer quelle est la raison logique, un peu empirique si on le veut, de l'incision vaginale. Mais ce n'est pas là le seul mobile qui puisse faire

agir le chirurgien. Les avantages de la méthode sont encore nombreux ; ses détracteurs veulent bien en reconnaître quelques-uns.

En lisant le rapport de Bouilly au Congrès de Genève, les lignes suivantes me sont tombées sous les yeux : « Nous devons tenir compte d'un symptôme de gravité très important dans la laparotomie. De l'avis et de l'expérience de tous, il est avéré que le péritoine du petit bassin présente une tolérance particulière et une résistance aux inoculations infiniment supérieures à celles du péritoine abdominal proprement dit et surtout du péritoine sus-ombilical. Quelques gouttes de pus virulent tombées dans le ventre, l'abandon d'une petite partie de la paroi suppurée impossible à décortiquer, peuvent être, en dépit de toutes les précautions, la cause inéluctable d'une repticémie péritonéale suraiguë.

« Le drainage avec un tube, le tamponnement à la Mickulicz peuvent, il est vrai, prévenir souvent les gros accidents, mais souvent aussi leur présence est suivie de l'infection des fils de soie du pédicule, de la production d'une fistule de longue durée, et quelquefois aussi d'une tendance à l'éventration sur un point de la ligne de réunion. »

Pierre Delbet, comprenant ces désavantages, draine toujours par le vagin pour sauver ses malades. Il fait en somme deux opérations, alors qu'une seule nous suffit.

Je veux retenir l'aveu des laparotomistes et leur demander si pareils inconvénients, pareils dangers se rencontrent quand on opère par le vagin. Je veux

laisser de côté les cicatrices de laparatomie qu'il répugne tant toutefois à certaines malades de porter sur leur paroi abdominale. Ceci n'est qu'un point de vue esthétique qui, tout en ayant de l'importance, ne saurait faire condamner une méthode. Ce qu'il y a de plus dangereux, c'est l'éventration qui se produit parfois sur la ligne de réunion. Quand on n'a pu énucléer une poche purulente, et qu'on pratique la marsupialisation, il est bien rare, à supposer que la fistule guérisse rapidement, et c'est peu fréquent, il est bien rare, dis je, qu'il se reforme une paroi abdominale solide, qu'il n'y ait pas d'éventration. Le malade est alors porteur d'une infirmité difficilement curable. Nous avons vu opérer deux fois des éventrations, ce fut en vain, la lésion se reproduisit. Nous avons observé le premier cas à l'hôpital de Clermont-Ferrand, le second cas à Lyon.

Par le vagin, les dangers de cette sorte n'existent pas. Les fistules sont bien moins longues et se referment d'elles-mêmes au gré du chirurgien et le jour où il cesse d'y mettre une mèche. La musculature du vagin amène au contact les parois de la fistule et les accole avec énergie. Le jour où le chirurgien constate que la poche purulente qu'il n'a pu décortiquer est rétractée et ne produit plus de pus, il met des mèches de plus en plus petites jusqu'à les supprimer; la fistule disparaît en quelques jours.

On a fait, de cette fermeture rapide, un argument contre l'incision vaginale, en disant que la plaie opératoire se refermait avant que la poche fût complètement guérie, et que de ce fait on observait de nom-

breuses récidives. Quand il y a des récidives, le chirurgien ne doit s'en prendre qu'à lui-même, car il a laissé se refermer un abcès non encore guéri, et s'est exposé, en ne drainant pas, et pour gagner quelques jours, à être obligé de faire bientôt une nouvelle incision. A la clinique gynécologique de Lyon, on laisse fermer la plaie quand on le juge à propos, et on la dilate même, si on juge que la cicatrisation marche trop rapidement.

Pour ce qui est de la virulence du pus par la voie vaginale, nous ne la craignons guère. Elle n'a, de l'aveu de tous, qu'une importance assez secondaire, et ne détermine pas d'accidents graves. De l'aveu de tous aussi, la chute sur le péritoine ventral d'une goutte septique devient « la cause inéluctable d'une septicémie péritonéale suraiguë » avec pronostic fatal.

N'est-il pas d'ailleurs rationnel, en face d'une suppuration pelvienne, d'un vulgaire abcès en somme, d'ouvrir au pus une voie facile, naturelle, au lieu d'essayer par une opération grave, d'énucléer une poche très adhérente, en tous cas de frayer au pus un chemin anormal et dangereux.

On nous concède que notre méthode est bonne quand on se trouve en présence d'un état général grave, ou d'un état puerpéral récent, et on nie son efficacité dans les états chroniques ou chez les femmes ayant passé la ménopause.

Je ferai observer d'abord, que le plus grand nombre des malades qui consultent le chirurgien pour une suppuration pelvienne sont jeunes encore, susceptibles d'être fécondées. A l'égard de ces malades, la cons-

science fait un devoir d'employer les moyens les plus simples, les moins dangereux, et, comme le disait Doléris, de conserver les organes pour conserver la fonction. On doit en même temps, si le traitement médical échoue, opérer vite pour empêcher les lésions de gagner du terrain. Et si on juge qu'une trompe malade a besoin d'être énucléée, qu'on ne dise pas que c'est impossible par le vagin. Nous avons vu enlever par cette voie des poches tubaires considérables, alors qu'on laissait en place la trompe saine du côté opposé.

Le danger ici est nul, et le résultat préférable à celui de la laparotomie.

On a dit que dans les affections chroniques, ou chez les ménopausées, on avait souvent fait des ponctions blanches, que la voie vaginale ne valait rien.

Dans ces cas cependant, si on ne trouve pas de collection purulente, et si on rencontre des trompes scléreuses, dont la fonction sera désormais nulle, pourquoi ne pas les enlever par le vagin ? Pourquoi tenter une grande intervention quand une opération de quelques minutes suffit ?

On dira peut-être qu'une lésion est plus appréciable quand on opère à ciel ouvert, et qu'on peut prendre plus de précautions. Je rappellerai contre cette assertion, que le toucher en pareil cas est aussi bon guide que l'œil, et qu'un doigt expérimenté reconnaîtra aisément l'état d'une trompe malade.

On a essayé de démontrer que l'incision vaginale n'était pas aussi bénigne qu'on voulait bien le dire, et Richelot s'appuie, pour étayer cette prétention, sur

trois cas malheureux de sa pratique chirurgicale, où il n'a pu atteindre une collection trop haut située, alors qu'il lui paraissait cependant indiqué d'opérer par le vagin. Il conclut ainsi : « Reconnaissons qu'il y a des lésions d'une complexité dangereuse pour la méthode de l'incision vaginale simple » mais il ajoute : « cependant une laparotomie eût été également grave et l'hystérectomie abdominale très sérieuse ». Il n'y a à tirer de la critique de Richelot que cette conclusion : Dans les cas très graves, toute intervention est sérieuse ; j'ajouterai qu'on doit, pour obéir à sa conscience, employer la plus rapide et la plus naturelle ; j'ai nommé l'incision vaginale. Il est d'ailleurs probable que Richelot aurait eu de meilleurs résultats s'il avait employé le trocart de Laroyenne qui avait son indication précise, dans les trois cas qu'il cite.

On a dit bien souvent que la laparotomie triomphe toutes les fois qu'il y a un organe à respecter. Est-ce donc que par le vagin on est obligé d'enlever les deux trompes par exemple, alors qu'il y en a une qui est reconnue saine. Il serait puéril de soutenir pareille opinion. Nous savons parfaitement laisser en place un organe sain, nous proclamons qu'on doit toujours le faire. Nous avons toujours vu nos maîtres agir ainsi et Gouilloud a prouvé qu'en opérant ainsi, le nombre des grossesses ultérieures était plus considérable qu'après une laparotomie. Reynier a aussi publié trois cas de grossesse après 110 interventions par la voie vaginale ; et Mangin 28 après 122 débridements.

Les résultats d'ailleurs sont là, et les laparotomistes sont obligés d'avouer qu'ils n'ont guère que 60 à

70 % de guérisons complètes. Le retour des douleurs et des accidents variés, après une laparotomie, n'est pas un fait rare. Quand on opère par le vagin le nombre des guérisons complètes est plus appréciable. C'est ce que nous avons observé à la clinique gynécologique où nous avons plus de 80 % de guérisons complètes. Outre cela, et à l'appui de ma thèse, je citerai les opinions de plusieurs gynécologistes.

Henrotin de Chicago, disait au Congrès de Genève : Les suppurations pelviennes guérissent dans 90 % des cas, si on a recours à l'incision vaginale précoce. Il faut agir vite, aseptiser le vagin, inciser.

Maugin de Marseille, a obtenu les résultats suivants :

Pour les infections atténuées il a fait 122 débridements. Il a eu 91 guérisons, 25 améliorations, 6 échecs, 28 grossesses ultérieures.

Pour les infections graves, il a fait 35 débridements. Il a obtenu 32 guérisons, 1 récurrence, 2 fistules, 1 grossesse ultérieure.

Adenot, de Lyon, a publié 30 opérations par la voie vaginale où il n'a eu que de bons résultats.

Jacobs, de Bruxelles, sans donner de statistique insiste pour qu'on opère toujours par le vagin.

Il est enfin un fait, qui nous déterminera toujours de préférence à opérer par le vagin, c'est la production dans le traitement des suppurations pelviennes, de fistules stercorales. Nous verrons dans un chapitre ultérieur quelles sont la pathogénie et la symptomatologie de ces fistules. Nous ne parlerons ici que de la différence de gravité qu'elles présentent quand on opère par le vagin ou la laparotomie.

Les partisans de cette dernière intervention prétendent qu'en opérant à ciel ouvert, ils évitent dans beaucoup de cas la blessure de l'intestin. Il est certain que l'emploi du plan incliné pour les opérations du petit bassin est d'un grand secours « et permet de « mieux protéger les anses intestinales, sans dispenser toutefois d'y faire grande attention, et peut-être a-t-on exagéré la sécurité qu'il donne à cet « égard ». (Richelot). Mais nous verrons au chapitre de la pathogénie que les déchirures intestinales par instruments sont une rareté, et que les fistules ne reconnaissent que deux grands facteurs de causalité : le processus morbide et la rupture des adhérences. Or ce n'est guère avec les yeux que l'on juge de la résistance d'une bride ou d'une adhérence. La sensation de résistance qu'il serait dangereux de vaincre est donnée par le doigt, non par l'œil, et nous l'avons aussi bien en opérant par le vagin que par la laparotomie. Qu'on intervienne donc par une voie ou par l'autre, le nombre des fistules stercorales sera sensiblement le même. D'ailleurs j'en veux pour preuve que le mémoire de Dudley qui signale 74 cas de fistules intestinales à la suite de laparotomies, dont 33 après ablation d'annexes. Nous en avons de notre côté réuni un peu moins à la clinique gynécologique où on ne pratique que l'incision vaginale.

Les résultats, par contre, différeront entre eux d'une façon considérable. Le pronostic d'une fistule stercorale, après une laparotomie, est excessivement sérieux, souvent fatal. Tous les laparotomistes sont obligés d'avouer combien ils redoutent ces fistules, et nous

avons pu recueillir cet avoué de Richelot dans un de ses mémoires :

« La gravité immédiate de la laparotomie a encore
« une autre cause : les adhérences intimes avec
« l'intestin grêle et la déchirure de ses parois. Le gros
« intestin est assez facile à détacher, moins difficile
» à manier en cas de blessure ; mais l'intestin grêle
« est une source de gros dangers : infection et mort
« rapide, ou fistules permanentes qui épuisent la
« malade, et dont le traitement est périlleux. Que dire
« du chirurgien qui, pour démontrer devant un col-
« lègue la supériorité de la laparotomie contre les
« suppurations pelviennes, en pratique cinq à la file
« et ne s'en tire qu'après avoir appliqué trois boutons
« de Murphy ? Que sont devenues ces trois malades ?
« Dans quelle statistique trouverons-nous leur his-
« toire ? »

Par contre, nous n'avons trouvé relaté nulle part, et nous n'avons jamais observé de cas de mort à la suite de fistule stercorale aboutissant dans le vagin.

Quand, en effet, on pratique la laparotomie et qu'on déchire l'intestin en cours d'opération, il faut une seconde intervention qui se greffe sur la première, et qui consiste à appliquer le bouton de Murphy ou à faire une suture intestinale immédiate. Nous connaissons la gravité de ces interventions qui, pour bien faites qu'elles soient, donnent un pourcentage de mortalité considérable. Ce pourcentage sera encore augmenté ici du fait de l'irruption possible de matières stercorales dans le péritoine, et de la difficulté qu'il y aura eu à faire disparaître toute trace d'infection. Les

la parotomistes eux-mêmes indiquent dans le cecum le drainage par le vagin, pour sauver leurs malades (Delbet).

Si, comme nous le verrons plus loin, une communication, se produit consécutivement à l'opération, entre une poche purulente marsupialisée et l'intestin, on aura une fistule pyo-stercorale, longue, persistante, dangereuse, et qui obligera la malade à s'isoler.

Hartmann, faisant le parallèle entre la fistule pyo-stercorale abdominale et la fistule intestino-vaginale, concluait, en citant deux de ses malades, que la première (fistule stercorale abdominale) était plus heureuse que la seconde (fistule intestino-vaginale), car elle avait pu se remarier et pratiquer le coït, tandis que cela était interdit à la seconde. Je ne nie pas que la pratique du coït et la fécondation qui peut en résulter même chez une mutilée partielle n'aient leur importance. Mais il faudrait, de plus, qu'Hartmann nous démontrât que les fistules intestino-vaginales sont incurables. Or, comme on le verra par nos observations, il est absolument exceptionnel qu'il faille recourir à une intervention ultérieure. Dans la presque totalité des cas, les fistules guérissent spontanément, sans donner lieu au moindre accident. Les matières, de huit jours à trois semaines, après l'intervention, ne passent plus que quand la malade prend un lavement ou a de la diarrhée. Au bout d'un mois ou six semaines, deux mois au maximum, tout est rentré dans l'ordre, et la malade est complètement guérie. La musculature du vagin sert en quelque sorte de sphincter à la fistule qui est assez continente, et en tous cas ne laisse passer que très peu de matières.

Pour ce qui est de la fistule pyostercorale abdominale, quand la malade a la chance de ne pas succomber immédiatement, et présente une constitution assez robuste pour résister aux suites pénibles de cette infirmité, sa situation n'en reste pas moins intolérable. M. le professeur Laroyenne nous a entretenu d'une malheureuse, qui était porteur d'une fistule stercorale abdominale. Cette pauvre femme en était réduite à vivre complètement isolée. Plusieurs fois au début de son infirmité, se trouvant avec d'autres personnes, elle dut se retirer. Des gaz s'échappaient à chaque instant par sa fistule, dégageant une odeur repoussante. Les matières fécales s'écoulaient sans cesse, déterminant une irritation très vive de la peau, et rendant sa situation intenable. Elle venait demander une intervention à tout prix, préférant, disait-elle, la mort à la persistance de son infirmité.

Tel est donc le parallèle entre les fistules pyostercorales abdominales et les fistules intestino-vaginales.

En Résumé :

I. Qu'on opère par l'abdomen ou par le vagin, le nombre des fistules est sensiblement le même.

II. Les fistules intestinales après laparotomie, outre les accidents de septicémie qu'elles peuvent déterminer immédiatement, nécessitent une seconde intervention grave tentée sur le champ, ou causent une infirmité sérieuse, longue, qui rend le commerce extérieur absolument impossible.

III. Par le vagin, en général, pas d'intervention nouvelle à tenter. L'infirmité causée par la fistule est bénigne, passagère, ne dépassant pas deux mois. L'ar-

gument d'Hartmann, à propos du coït, n'a pas d'importance, car cette fonction n'est que momentanément abolie.

CHAPITRE II.

Classification et Pathogénie des Fistules intestino-vaginales

Les fistules intestino-vaginales peuvent s'observer dans les différentes opérations tentées sur les organes génitaux de la femme. On les voit, soit après l'intervention directe sur l'utérus (hystérectomie), soit, et c'est le cas le plus fréquent, à la suite d'ablation d'annexes ou de ponctions d'une collection purulente du petit bassin.

On constate leur présence, soit avant, soit pendant, soit après l'intervention.

Nous les diviserons donc en fistules :

- 1° PRÉEXISTANTES A L'INTERVENTION ;
- 2° OPÉRATOIRES ;
- 3° POST-OPÉRATOIRES.

Nous verrons plus loin que les fistules préexistantes à l'intervention, comportent une indication opératoire, et en passant disons qu'on observe la présence des fistules post-opératoires lors du premier pansement, c'est-à-dire au bout de trois jours, quand on remplace l'éponge par une mèche. Disons aussi que leur pathogénie peut être différente.

Ceci posé, voyons quelle est cette pathogénie des fistules entéro-vaginales.

Quand après une intervention sur l'utérus ou les annexes il se produit une fistule, qu'elle soit ou non immédiate, la malade et son entourage ne manquent jamais d'incriminer le chirurgien. Celui-ci accuse les pinces d'avoir par leur pression déterminé le sphacèle de l'intestin, ou s'en prend au processus sphacélique considérable qui suit certaines interventions.

« Il est, disait Jayle au congrès de Genève, une explication plus simple et plus rationnelle. L'opérateur n'y est pour rien, les pinces pour peu de choses : la nature des lésions peut tout expliquer. »

Nous adoptons la théorie de Jayle, mais en ajoutant ce fait que si la nature des lésions est pour beaucoup dans la création des fistules, les manœuvres opératoires n'y sont pas étrangères, et on doit en tenir grand compte.

Nous admettons que dans les fistules préexistantes à l'intervention, et dans une partie des fistules constatées au cours de l'opération, c'est le processus morbide seul qui cause la lésion.

Souvent, si on observe de près une femme venue tardivement dans un service hospitalier pour une collection purulente du petit bassin, alors surtout que depuis plusieurs jours elle présente un état général assez sérieux ; si on examine les selles avec attention, on y dénote du pus. Je crois être fondé à dire qu'on trouve un certain nombre de cas semblables, et qu'on qualifie d'opératoires un certain nombre de fistules qui existaient déjà et qu'on n'a pas observées faute d'avoir examiné les selles. Dans les cas dont nous venons de parler, la théorie de Jayle trouve son

application, et voici comment se forme la fistule.

Quand la poche tubaire remplie de pus ne peut se vider, l'orifice utérin étant définitivement oblitéré par suite de l'inflammation et que le processus infectieux n'est pas épuisé, le pus qui continue à se produire distend la poche outre mesure, et l'amène au contact des cavités voisines : rectale, vaginale, de Retzius. Des adhérences se créent qui font que cavité accidentelle et cavité naturelle n'ont plus entre elles qu'une unique cloison, enflammée, infiltrée. De ce fait cette cloison devient mince, friable et cèdera à la moindre pression. Si on n'opère pas, le pus créant à l'intérieur de sa poche une pression plus forte que celle de l'intestin, fait céder la cloison, un peu de pus s'échappe. L'orifice créé tend à s'ouvrir incessamment par le fait de la suppuration, et la fistule est constituée.

Quand la paroi est envahie sans être perforée et qu'on évacue la collection, le soutien que lui formait cette collection n'existe plus ; la pression abdominale s'exerce alors sans contre-poids, et il se produit une fistule intestino-vaginale qui s'observe en cours d'opération ou après, suivant que la paroi était plus ou moins envahie.

On a répété souvent et nous avons observé nous-même que les suppurations à streptocoques à marche aiguë cherchent à se faire jour surtout vers l'intestin. Dans le pus de ces collections, le coli-bacille s'associe souvent au streptocoque, ce qui prouve bien que la paroi intestinale n'est plus indemne. Dans deux de nos observations, nous avons trouvé dans le pus évacué cette association microbienne et dans ces deux

cas, trois jours après l'intervention existait la fistule.

Nous préciserons encore ces données en disant d'après nos observations que les fistules intestinales s'observent surtout du côté du rectum, le pyosalpinx étant ordinairement prolabé dans le cul-de-sac de Douglas. On peut cependant les observer quelquefois sur des parties d'intestin plus élevées que le rectum. Plus rarement enfin le pus se fraie un passage dans le vagin, la vessie, l'uretère et nous avons observé un cas dans le service du professeur Laroyenne, où il s'était vidé dans la cavité de Retzius.

Il est enfin une dernière cause de production des fistules : ce sont les manœuvres opératoires.

Nous laisserons de côté ce qu'on a appelé la maladie du chirurgien, son inexpérience ou sa pusillanimité, mots qui n'ont guère été employés dans ce cas que par des exclusivistes avides de critiquer de parti-pris une méthode ou un instrument. Nous ne nions pas qu'un coup de trocard donné à l'aveugle, ou un débridement vaginal mal conduit, n'aient pu dans quelques cas rares amener une perforation de l'intestin ; mais c'est là une infime exception qu'on a grossie à plaisir pour critiquer la méthode d'opération par la voie vaginale.

En parlant des accidents opératoires, je veux discuter ceux qui sont produits par le décollement des adhérences en cours d'opération.

Nous avons dit plus haut que la distension d'une cavité purulente du petit bassin amenait la paroi de cette cavité au contact des cavités voisines. Nous savons d'autre part, du fait d'une expérience journa-

lière, qu'un processus inflammatoire crée, surtout sur les séreuses en contact (plèvre-péricarde, péritoine), des adhérences directes (symphises) ou par l'intermédiaire de fausses membranes. Les inflammations du petit bassin ne font pas exception à la règle générale. La collection primitive, qui est le plus souvent un pyosalpinx, amène la séreuse du ligament large enflammée au contact de celle de l'intestin, les adhérences se forment. Quand l'opérateur va à la recherche d'une trompe malade, ou qu'il essaie de décortiquer une poche purulente pour obtenir une guérison plus rapide et radicale en vertu du vieil adage : « *Sublata causâ tollitur effectus* », son doigt se trouve très souvent arrêté par ces adhérences. Il se méfie alors, met de côté tout instrument tranchant, avance peu à peu, en essayant de cliver les adhérences, est quelquefois obligé d'arrêter l'intervention sous peine d'enlever sûrement un morceau d'intestin. Mais quels que soient et son expérience et son doigté chirurgical, il a souvent le dépit de constater, à la rupture d'une adhérence quelquefois fragile et qui a cédé avec facilité, l'irruption de matières fécales sous ses doigts. Il vient de créer une fistule.

Quelquefois l'opération a été bien conduite, l'annexe décollée, et enlevée sans accident, l'opérateur est rassuré, quand au premier pansement il trouve son éponge souillée de matières stercorales. A quoi cela peut-il tenir? Dans certains cas à la mortification d'une partie de l'intestin qui a mis 24 ou 48 heures à se nécroser. Dans d'autres, à la blessure d'un petit vaisseau du mésentère pendant les manœuvres de

décollement. Une petite portion d'intestin ne recevant plus d'irrigation sanguine, peut se sphacéler et la fistule est produite. Enfin quelquefois on doit invoquer la pression des pinces à demeure.

Telle est la pathogénie des fistules intestino-vaginales.

Nous la résumerons ainsi :

**Causes pouvant produire une fistule
intestino-vaginale :**

1° POUR LES FISTULES PRÉ-OPÉRATOIRES :

Nature de la lésion. Suppuration à streptocoque et coli (en somme, processus morbide avec opération tardive).

2° POUR LES FISTULES OPÉRATOIRES ;

- a) Processus morbide avec opération faite assez tard.
- b) Manœuvres opératoires (déchirure de l'intestin en rompant les adhérences).
- c) Ponction de l'intestin avec le trocart ou les ciseaux.

3° POUR LES FISTULES POST-OPÉRATOIRES :

- a) Processus morbide avec opération faite de bonne heure.
 - b) Contusion de l'intestin.
 - c) Blessure du mésentère.
 - d) Action des pinces à demeure.
-

CHAPITRE III

Symptomatologie

Les fistules intestino-vaginales se diagnostiquent comme nous l'avons indiqué au chapitre de la pathogénie.

Elles sont :

- 1) anté-opératoires.
- 2) opératoires.
- 3) post-opératoires.

Avant l'opération on reconnaît la fistule à la chute brusque de la température. De plus si on examine les selles de la malade, on y dénote la présence du pus.

On peut même dans quelques cas prévoir une fistule à venir et nous avons constaté plusieurs fois la vérité de cette assertion de Jayle : « Toute suppuration pelvienne du cul de sac postérieur, surtout revêtant une marche aigüe, avec état infectieux, élévation de température et *diarrhée*, devra éveiller l'attention du chirurgien au point de vue de la possibilité de fistules intestinales secondaires.

Pendant l'opération, le symptôme de la fistule est en général écrit au bout du doigt du chirurgien. Les matières fécales se diagnostiquent d'elles-mêmes dans le pus ou le sang qui s'écoule de la collection ouverte.

Pour ce qui est des fistules post-opératoires, on fait le diagnostic trois ou quatre jours après l'intervention. Lors du premier pansement, quand on enlève l'éponge, on constate qu'elle est souillée de matières fécales.

La symptomatologie des fistules s'impose donc en quelque sorte ; elle est simple, facile.

Pour faire le diagnostic du siège il n'y a qu'à observer la qualité des matières qui s'écoulent par le vagin.

Quand les matières sont consistantes, brunes, la fistule siège sur le rectum ou l'S iliaque. C'est seulement en effet quand elles arrivent à ces parties du gros intestin que les feces ont leur formation complète.

Dans les blessures de l'intestin grêle, on voit la fistule donner issue à une matière molle, blanchâtre, chyleuse. On a même vu quelquefois, quand la poche volumineuse remontait très haut, un écoulement de bile. (Repelin). Ceci prouve que l'intestin grêle est blessé presque à son début.

CHAPITRE IV

Intervention en cas de non-guérison spontanée

Nous avons montré dans les chapitres qui précèdent les avantages des opérations par le vagin, dans les cas de suppuration pelvienne. Nous avons trouvé au point de vue spécial qui nous occupe, une indication de plus pour ce genre d'interventions. et pu poser la conclusion suivante :

Les fistules intestino-vaginales guérissent en général spontanément et dans un temps qui varie de huit jours à deux mois.

Malgré cela, nous ne laisserons pas de côté les exceptions qui peuvent se produire, car nous devons songer à faire bénéficier des avantages d'une seconde intervention, les rares malades qui ont des fistules persistantes.

Nous exposerons à ce propos un artifice imaginé par M. le professeur agrégé Condamin pour l'occlusion de ses fistules par la laparotomie.

Les malades qui ont des fistules intestino-vaginales persistantes, peuvent se diviser en deux classes, suivant la largeur et la continence de leur fistule.

Dans un premier cas, la malade, après avoir perdu ses matières pendant quelques jours, voit son infirmité cesser. Mais si on lui fait prendre une purgation ; si

sous une influence quelconque elle a de la diarrhée, elle sent un suintement dans son vagin. La fistule, trop petite pour laisser passer des matières solides, n'est plus continente pour les liquides.

Dans ce cas, où il s'agit d'une fistule petite, continente pour les matières solides, où les parois de cette fistule sont au contact les unes des autres, la cautérisation au crayon de chlorure de zinc répétée pendant quelques jours sera suffisante, et, avant le trajet, amènera bientôt une cicatrisation complète par bourgeonnement.

Dans une seconde catégorie de cas, la fistule persiste comme au premier jour ; les matières solides et liquides passent incessamment, créant une infirmité gênante, et défendant à la malade tout rapport conjugal. Ici, le chlorure de zinc est sans effet, il faut recourir à une seconde intervention.

Voici quel est le manuel opératoire suivi par M. le professeur agrégé Condamin.

La malade étant endormie, et placée dans la position de Trendelenbourg, l'asepsie rigoureuse de la paroi abdominale étant faite, on pratique la laparotomie sur la ligne médiane et sur une hauteur de huit à dix centimètres, en s'arrêtant à environ trois centimètres au-dessus de la symphise pubienne. On reconnaît la vessie qu'on ramène en avant pour éviter de la blesser. Ceci fait, un aide introduit son doigt dans le cul de sac postérieur du vagin, de façon à faire bomber fortement le cul de sac. Le doigt ainsi placé sert d'indicateur pour le siège de la fistule et l'opérateur, suivant les anses intestinales, arrive sûrement, fatalement, à le ren-

contrer. Il a alors trouvé l'abouchement de l'intestin dans le vagin. Il libère les adhérences avec précaution pour éviter l'irruption de matières fécales dans le péritoine, et amène l'anse décollée au niveau de la plaie abdominale. Il pratique alors une suture intestinale à deux étages (procédé de Czerny) par points séro-séreux. Ceci fait, il refoule l'anse intestinale suturée, et procède à une toilette soigneuse du péritoine. Il passe ensuite à la suture de la paroi, suture à trois étages (péritoine, aponévrose, peau) afin d'obtenir une réunion par première intention aussi parfaite que possible. Comme il a pu se produire au niveau de la fistule une légère infection, pour soigneuse qu'ait été l'opération, on introduit une mèche de gaze dans la plaie vaginale. Cette mèche est laissée deux ou trois jours. Tout rentre dans l'ordre, et on a une guérison complète en huit ou dix jours.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Louise D., 31 ans, entre à la Charité le 27 novembre 1894. A eu trois enfants qui sont morts en bas âge. Menstruation régulière.

A l'examen, on trouve une collection dans le Douglas. Cette collection s'est ouverte dans le vagin aujourd'hui même. Agrandissement de l'ouverture. Ecoulement de pus fétide.

1^{er} décembre. — Fistule rectale.

20 décembre. — La fistule est tarie et cicatrisée. La mala le va très bien et quitte l'hôpital.

17 avril. — La mala le est revenue à la consultation. Elle n'a plus souffert depuis sa sortie de l'hôpital.

OBSERVATION II

Marie T., 39 ans, entre à la Charité le 19 juin 1895. Bien réglée depuis l'âge de 12 ans. Il y a 3 semaines, pendant ses règles, elle s'est lavée à l'eau froide. Arrêt des règles, douleurs pelviennes, fièvre.

La malade présente une collection dans le Douglas. En pratiquant le toucher rectal, la collection se vide dans le rectum.

On pratique aussitôt la ponction et le débridement du cul de sac postérieur.

Ecoulement de pus fétide. On place une éponge.

21 juillet. — La malade sort guérie de sa collection et de sa fistule.

OBSERVATION III

Eugénie F., 20 ans, entre à la Charité le 21 juin 1899. Elle a eu une fausse couche il y a 6 mois. Régulée à 13 ans et demie.

Ses époques durent en général huit jours, mais sont régulières. Il y a quinze jours, à la suite de l'essai d'une injection intra-utérine, elle a ressenti de violentes douleurs dans la fosse iliaque droite, douleurs s'irradiant dans la région lombaire et la cuisse correspondante.

A l'examen, on perçoit une tuméfaction énorme, bombant dans le vagin et ayant décollé la paroi postérieure de celui-ci sur plusieurs centimètres de longueur. Le corps utérin repoussé en avant et en haut est remonté derrière le pubis. La tuméfaction va presque jusqu'à l'ombilic et s'étend également dans les deux fosses iliaques. Fièvre = 39°.

Dans la nuit du 21 au 22 juin, la collection se vide partiellement dans le rectum.

22 juin. — Ouverture du cul de sac postérieur. Il s'écoule une grande quantité de pus. Eponge.

26 juin. — La fièvre est tombée, l'éponge est souillée de matières fécales. On la remplace par une mèche.

4 juillet. — La malade sort avec une mèche. Sa fistule ne donne plus.

20 juillet. — La malade revient à la consultation. Sa mèche est tombée depuis 14 jours. Sa plaie vaginale est cicatrisée. Les culs de sac sont souples. Son état est excellent.

OBSERVATION IV

Madeleine P., entre à la Charité le 21 juillet 1896. Bien réglée depuis 14 ans. Pas d'enfants. Péritonite il y a un an et demi, guérie en un mois.

En mai et juin, douleurs dans les reins et le bas-ventre.

22 juillet. — Ponction dans le cul de sac postérieur. Evacuation de liquide séreux et de pus. On cherche à décoller la trompe et on arrache un petit morceau d'intestin.

24 juillet. — La malade va bien. Beaucoup de matières fécales sur l'éponge.

29 août. — La fistule intestino-vaginale est tarie. La malade va très bien. Elle quitte le service.

OBSERVATION V

Joséphine P..., 30 ans, entre à la clinique le 19 septembre 1896. Un accouchement normal à 22 ans. Régée à 16 ans. Menstruation régulière, non douloureuse, durée moyenne six jours.

La malade ayant pris une injection froide il y a trois semaines au moment de ses règles, a senti dès le lendemain des douleurs pelviennes qui ont augmenté de jour en jour.

On sent dans le cul de sac postérieur une masse dure, très douloureuse, donnant la sensation de cire ramollie, et se continuant également dans le cul de sac latéral gauche qui est aussi très douloureux.

20 septembre. — Ponction, débridement, écoulement de liquide séro-hématique. En essayant de libérer la trompe gauche pour l'enlever, on déchire l'intestin. On arrête l'intervention et on met une éponge.

30 novembre. — La malade sort, elle ne perd presque plus ses matières.

.

Revue le 13 décembre ; elle est complètement guérie.

OBSERVATION VI

Elisa P..., 22 ans, entre à la Charité le 2 juin 1893. Jamais de grossesse. Elle a été bien réglée depuis l'âge de dix ans. Depuis un an toutefois, ses règles sont devenues très douloureuses, l'obligeant souvent à garder le repos. Depuis deux mois, elle a continuellement des douleurs dans la fosse iliaque gauche. Il y a quinze jours elle a commencé à perdre en rouge.

Au toucher, on constate dans le cul de sac latéral gauche une petite collection très tendue et douloureuse.

7 juin. — Ponction, débridement. Il sort peu de pus. Eponge.

11 juin. — En enlevant l'éponge, on constate sur elle la présence de matières chyleuses. La fistule siège donc assez haut sur l'intestin grêle.

1^{er} juillet. — La malade sort, perdant encore un peu de ses matières.

.

15 juillet. — La malade revient à la consultation. Elle est complètement guérie.

OBSERVATION VII

Annette J..., 30 ans, entre à la Charité le 8 décembre 1896. Pas de grossesse, menstruation régulière depuis l'âge de 13 ans.

Il y a quinze jours, la malade fut prise de coliques violentes qui l'ont obligée à garder le lit.

Au toucher, on sent dans les culs de sac postérieur et latéral droit une tumeur molle, irrégulière et douloureuse à la pression.

10 décembre. — Ponction, débridement, ablation d'annexes, éponge.

15 décembre. — On constate une fistule stercorale. Matières chyleuses.

19 janvier. — La malade va bien, les matières ne passent plus par la fistule. Les gaz continuent toujours à passer par le vagin.

10 mars. — La malade sort complètement guérie. La fistule est complètement cicatrisée.

OBSERVATION VIII

Anne B..., 46 ans, entre à la clinique le 23 décembre 1897. Un accouchement normal et un difficile. Premières règles à 16 ans. Menstruation régulière.

Il y a quatre jours, la malade a éprouvé une douleur violente dans la fosse iliaque droite, douleur qui a peu à peu gagné le côté gauche.

A l'examen, l'utérus est en bonne position. On sent dans le cul de sac postérieur une volumineuse collection très douloureuse, Au milieu se trouve une masse qui semble être un annexe.

24 décembre. — Ponction, débridement, évacuation du pus. Ablation de la trompe et de l'ovaire droits et de la trompe gauche.

30 décembre. — Constatation d'une fistule intestinale. Des matières chyleuses s'écoulent par cette fistule.

17 janvier 1898. — La malade sort, la fistule n'est pas complètement guérie.

.
Revue le 4 mai 1898, La fistule s'est guérie. La malade va bien du côté de son petit bassin.

OBSERVATION IX

Joséphine R..., 47 ans entre à la Charité le 3 mars 1899. Un accouchement à l'âge de 25 ans. Réglée à 16 ans. Epoque régulières ; en février dernier, hémorrhagie utérine qui dure trois jours.

A l'examen, le col est très haut en arrière de la symphise. Le Douglas est douloureux et occupé par une masse très volumineuse.

4 mars. — Ponction et débridement du cul de sac postérieur. Evacuation d'un litre et demi de pus fétide. Ablation de la trompe gauche. Eponge.

8 mars. — La malade perd ses matières par le vagin. La fistule doit siéger sur l'intestin grêle, car ces matières sont chyleuses.

15 mars. — La malade va mieux, la fistule diminue un peu.

1^{er} avril. — La fistule est presque tarie.

13 avril. — La malade sort. Sa fistule est bouchée. Elle ne souffre plus du tout.

OBSERVATION X

Hortense S., 22 ans, entre à la Charité le 14 novembre 1898. Menstruation régulière depuis l'âge de 13 ans, et jusqu'en août dernier.

A l'examen on trouve une collection assez volumineuse dans le Douglas.

15 novembre. — Ponction, débridement. — Eponge.

18 novembre. — On constate une fistule entero-vaginale. Les matières semblent venir de l'S iliaque.

5 décembre. — La malade sort complètement guérie.

OBSERVATION XI

Elisa R., 32 ans, entre à la Charité le 14 mars 1893. Elle est porteur d'une fistule stercorale abdominale consécutive à une intervention par laparotomie pour une grosse annexite suppurée

qui avait été prise pour un kyste de l'ovaire. Elle vient demander qu'on lui enlève sa fistule qui rend sa situation intenable. Elle se plaint en même temps de douleurs pelviennes. On l'examine et on trouve une collection dans le Douglas.

20 mars. — On opère la fistule abdominale qui siège sur la partie supérieure du rectum. Tamponnement à la Mickulicz. En même temps on fonctionne et on débride son cul de sac postérieur. Evacuation d'un demi-litre de pus. Eponge.

23 mars. — On refait les pansements. On enlève le Mickulicz ainsi que l'éponge vaginale sur laquelle on trouve des matières fécales. Il y a donc une nouvelle fistule intestino-vaginale (rectum).

1^{er} avril. — La plaie abdominale commence à se fermer. La fistule vaginale semble laisser passer un peu moins de matières fécales.

3 mai. — La fistule vaginale est guérie spontanément, la malade ne reste plus que pour laisser complètement guérir sa plaie abdominale, et reprendre des forces.

8 juillet. — La malade sort bien rétablie. Les matières fécales sortent par l'anus. Les fistules sont cicatrisées, celles qui s'ouvraient dans le vagin sans aucune intervention.

OBSERVATION XII

Thérèse M..., 25 ans, entre à la clinique le 9 mai 1893.

Elle présente une salpyngo-ovarite double enkystée.

10 mai. — Incision du cul-de-sac postérieur. Ablation des annexes.

14 mai. — Constatation d'une fistule recto-vaginale.

27 juin. — La malade sort. Sa fistule est presque guérie sans intervention.

• • • • •

Revue le 30 octobre à son domicile, la malade est complètement guérie. Plus trace depuis le mois de Juillet de fistule intestino-vaginale.

OBSERVATION XIII

Fany D..., 17 ans, entre à la clinique le 20 août 1893 pour un pyosalpinx gauche.

23 août. — Ablation de la trompe gauche après incision vaginale.

26 août. — Fistule recto-virginale.

5 septembre. — La fistule ne laisse plus passer que les matières liquides.

20 septembre. — La fistule est tarie, la malade quitte le service.

OBSERVATION XIV

Catherine M., 26 ans, entre à la Charité le 25 février 1894. Régliée à 16 ans. Menstruation régulière. Se plaint du bas-ventre depuis deux mois, date de son mariage.

Au toucher on trouve le cul de sac de Douglas complètement rempli par une tumeur volumineuse empiétant sur les culs de sac latéraux et proéminent dans le rectum. La malade raconte qu'elle a fait du pus par l'anus. On ne trouve cependant pas d'orifice fistuleux.

1^{er} mars. — Ponction, débridement. Il sort assez peu de pus mêlé de sang. On place une éponge.

11 mars. — On remplace l'éponge par une mèche et on constate une fistule recto-vaginale.

15 mars. — La malade va mieux. La fistule semble se cicatriser.

25 mars. — La malade quitte le service guérie.

Revue un an plus tard, elle allait très bien.

OBSERVATION XV

Marie D., 35 ans, entre à la Charité le 25 avril 1894. Menstruation régulière depuis l'âge de 15 ans.

Au toucher on constate dans le cul de sac postérieur une grosse collection tendue et douloureuse.

Au premier pansement on constate une fistule recto-vaginale qui dure deux mois et guérit sans intervention.

OBSERVATION XVI

Léontine D., 25 ans, mariée, entre à la Charité le 13 octobre 1894
Régée jeune à 12 ans, très irrégulièrement depuis elle voit souvent et très abondamment. Leucorrhée considérable dans les intervalles; constipation habituelle, selles très douloureuses et d'autre part douleurs fréquentes à la miction.

Depuis son dernier accouchement, il y a 4 mois, la malade souffre de douleurs vagues dans l'abdomen. Dernièrement, 15 jours environ, elles se sont localisées nettement au côté droit, s'irradient aux lombes et s'exaspèrent facilement à la moindre fatigue.

A l'examen on perçoit que les deux trompes sont augmentées de volume et une tumeur relativement grosse occupe le cul de sac postérieur.

15 octobre. — Ponction; ablation de la trompe gauche, morcellement de la droite. Ecoulement au cours de l'intervention d'un liquide purulent épais et fétide.

18 octobre. — Fistule recto-vaginale reconnue.

28 octobre. — Pansement propre : la fistule est fermée.

Elle a guéri sans autre traitement que des lavages fréquents.

2 novembre. — Sortie.

OBSERVATION XVII

Marie V., 39 ans, entre le 18 février 1895. Menstruation régulière depuis l'âge de 13 ans.

A la suite d'un froid elle a commencé à souffrir du ventre. Leucorrhée très abondante.

A l'examen on constate dans le cul de sac postérieur une collection de la grosseur d'une mandarine.

19 février. — Ponction, débridement. Salpingothripsie gauche. Eponge. Pincés à demeure.

21 février. — On constate la présence d'une petite fistule recto-vaginale.

2 mars. — La fistule est complètement cicatrisée.

OBSERVATION XVIII

Anne G..., 45 ans, entre à la Charité le 27 septembre 1895. Elle n'a jamais eu de grossesse. Mal réglée depuis l'âge de 12 ans. Epoque irrégulières, s'interrompant quelquefois pendant plusieurs mois pour faire place à des pertes blanches abondantes. Elle a été opérée (débridement vaginal) il y a sept ans pour une collection bombant dans le cul de sac postérieur.

Il y a trois semaines, la malade a eu des coliques, douleurs de reins, frisson, fièvre, anorexie, constipation opiniâtre.

A l'examen, on sent dans les deux culs de sac latéraux une humeur paraissant enkystée. On la sent surtout bien par le toucher rectal.

29 septembre. — Ponction et débridement de deux poches superposées. Il s'écoule une grande quantité de pus sanieux. Les annexes paraissant sains sont laissés en place. Deux éponges.

3 octobre. — On constate qu'il s'est formé une fistule recto-vaginale.

12 octobre. — La fistule stercorale est cicatrisée. La malade sort guérie.

OBSERVATION XIX

Antoinette D..., 23 ans, entre à la Charité le 13 mars 1896. Réglée à 15 ans. Menstruation régulière et peu abondante. Sans cause apparente, la malade a été prise le 17 février dernier d'une douleur violente dans la fosse iliaque droite. Bon état général.

A l'examen on trouve dans le cul de sac de Douglas une collection de la grosseur d'une orange.

15 mars. — Ponction, débridement. Il s'écoule environ un verre de pus d'une poche à parois lisses. Pas d'ablations d'annexes. Eponge.

20 mars. — On constate la production d'une fistule rectale.

2 avril. — La malade sort, sa fistule ne donne presque plus.

15 mai. — La malade revient à la consultation. Elle va très bien. Sa fistule est cicatrisée.

OBSERVATION XX

Marie D..., 29 ans, entre à la clinique le 13 avril 1896. Bien réglée depuis l'âge de seize ans.

Douleurs vagues dans le bas-ventre.

Au toucher vaginal, on sent à gauche une masse volumineuse assez fluctuante.

17 avril. — Ponction, débridement, issue de pus. On retire des fragments de trompe fongueuse et dure. Eponge.

21 avril. — Ablation de l'éponge. Issue de matières fécales (rectum). On met une mèche de gaze.

9 mai. — La fistule existe toujours mais laisse passer moins de matières.

20 mai. — La fistule est cicatrisée, la malade quitte le service.

OBSERVATION XXI

Pauline J..., 28 ans, mariée, entre le 4 juin 1896, a fait une fausse couche il y a trois semaines et depuis se plaint de vives douleurs dans la station assise. Pertes blanches habituelles ; constipation opiniâtre, miction urinaire douloureuse.

A l'examen, tumeur renittente dans le cul de sac vaginal gauche.

5 juin 1896. — Ponction, débridement. Ecoulement d'un pus épais, abondant et de mauvaise odeur.

8 juin. — Le pansement et les éponges sont souillés de matières fécales. Fistule recto-vaginale.

.

20 juin. — La malade sort du service et reviendra à la consultation se faire panser.

.

17 juillet. — Guérison. La fistule est fermée. Etat général très bon.

OBSERVATION XXII

Marie L..., 24 ans, entre à la Charité le 10 juillet 1896. Régliée régulièrement depuis l'âge de 14 ans. Un accouchement normal il y a 15 mois.

Dans les premiers jours de juin, poussée de pelvi-péritonite. A la fin de ce mois la malade s'aperçut que son ventre était gros. A l'examen elle présente une grosse tumeur remontant plus haut que l'ombilie.

12 juillet. — Ponction vaginale. Issue d'une énorme quantité de liquide séreux. Eponge.

16 juillet. — On trouve une seconde poche.

20 juillet. — Nouveau débridement. Issue d'une grande quantité de pus. Eponge.

24 juillet. — Fistule rectale.

28 août. — La malade sort en excellent état. Plus de fistule.

26 septembre. — La malade revient à la consultation ; son état est excellent.

OBSERVATION XXIII

Mathilde M...; âgée de 24 ans, mariée, entre à la Charité le 4 août 1896.

Réglée à 14 ans, elle a toujours vu très irrégulièrement. Depuis huit jours et au lendemain de ses dernières règles elle a commencé à perdre des matières blanches striées de sang. La malade en même temps souffre dans le bas-ventre de douleurs intolérables.

Température très élevée. Ventre ballonné et très douloureux. Anorexie, constipation, mauvais état général.

A l'examen : culs de sac vaginaux douloureux au toucher ; empâtement très net donnant la sensation, sinon de fluctuation, du moins de collection pâteuse tant à droite qu'à gauche.

9 août 1896. — Intervention, anesthésie.

A droite, salpingo-ovarothrépsie : trompe volumineuse et très congestionnée. A gauche ovarothrépsie : écoulement au cours de l'opération d'un pus abondant épais, foncé, très fétide. Lavage, pansement.

13 août. — La malade va mieux. Il y a fistule recto-vaginale et les pansements sont très souillés de matières fécales.

Plus de fièvre, appétit meilleur, état général satisfaisant.

20 août. — Pansement à peu près propre : fistule presque fermée.

.

29 novembre. — La malade habite Paris depuis trois mois; elle n'a plus souffert, va parfaitement bien et se juge complètement guérie. Sa fistule est cicatrisée.

OBSERVATION XXIV

Marie B., 24 ans, entre à la Charité le 25 novembre 1896. Un seul accouchement. Une fausse couche en juillet dernier. Depuis, la malade souffre. Réglée à 16 ans, elle a depuis régulièrement ses époques.

La malade a des douleurs dans les flancs, surtout à gauche. Inappétence. Pas de fièvre.

A l'examen on trouve dans le cul de sac gauche de l'empatement mais pas de grosse collection.

Le 26 novembre, on ponctionne plusieurs petites poches superposées et contenant un peu de pus.

Salpingothrepsie du côté gauche. Eponge.

30 novembre. — On constate la présence sur l'éponge de matières fécales.

20 décembre. — La fistule a disparu. La malade quitte le service entièrement guérie.

OBSERVATION XXV

Joséphine G., 36 ans, entre à la Charité le 21 janvier 1897. Elle a eu un seul accouchement. Pas de fausse couche. Ses règles sont fréquentes et irrégulières. Elles se sont arrêtées brusquement il y a un mois à la suite d'une injection froide. Depuis elle a ressenti des douleurs violentes dans le bassin. Le 18 janvier ouverture de son abcès pelvien dans le vagin. On sent l'orifice de la collection dans le cul-de-sac droit.

23 janvier. — Ponction, débridement, salpingothrepsie gauche.

27 janvier. — Fistule rectale.

10 février. — La malade sort, elle ne perd plus que peu de matières.

30 juin. — La malade est revenue à la consultation. Sa fistule est guérie depuis longtemps. Elle va aussi bien que possible.

OBSERVATION XXVI

Marie T., 20 ans, entre à la clinique le 26 février 1897. Deux enfants. Une fausse couche il y a deux mois. Depuis, pertes hémorrhagiques continues. La malade ressent des douleurs pelviennes très violentes.

Au toucher on constate une annexite double.

27 février. — Ponction. Débridement. Ablation de l'ovaire du côté droit. Eponge.

4 mars. — On constate une fistule recto-vaginale.

8 mars. — La malade quitte le service avec une mèche.

30 septembre. — Revue à son domicile, la malade est très satisfait du résultat de son opération. Sa fistule est tarie depuis longtemps. Les règles sont revenues régulières.

OBSERVATION XXVII

D. Marie, 23 ans, mariée, entre le 20 avril 1897 à la Charité. Régliée à 14 ans, elle a eu régulièrement ses époques jusqu'à ses couches il y a quatorze mois. A partir de ce moment ses règles, abondantes ordinairement, devinrent plus fréquentes : elles duraient de 8 à 10 jours mais étaient sans douleurs. Du mois d'octobre au mois de décembre elle eut une métrorrhagie qui céda aux injections chaudes et au repos ; puis les règles revinrent tous les mois mais toujours en avance. Leucorrhée dans l'interval, et constipation habituelle,

Depuis trois semaines la malade se plaint de douleurs du côté gauche, douleurs survenant par crises et comparées par la malade à des douleurs expulsives.

La marche est pénible.

A l'examen on sent une grosse tuméfaction dans la poche de Douglas et les culs-de-sac latéraux. Le gauche surtout laisse reconnaître un empâtement dur et douloureux soit à la pression du doigt vaginal, soit à la pression sur la paroi abdominale.

26 avril. — Ponction, débridement. Il s'écoule un peu de pus fétide et l'on arrive dans une poche à parois épaisses qu'on ne peut enlever qu'en partie. Lavage, pansement.

28 avril. — Perte abondante de matières fécales par le vagin. La malade est néanmoins soulagée : pas de fièvre.

4 mai. — Les matières fécales apparaissent moins dans les pansements.

16 mai. — La fistule est fermée. Au toucher un peu d'empâtement, du côté opéré. La malade est contente, va bien, a repris des forces. Les règles sont revenues normales et non douloureuses.

20 mai. — Sortie.

30 novembre. — Malade revue. Excellente santé, règles normales et non douloureuses.

OBSERVATION XXVIII

Marie T., 25 ans, entre à la Charité, le 29 juin 1897. Deux enfants. A la suite de ses dernières couches, elle a eu une péritonite puerpérale. La menstruation, qui avait été régulière jusqu'à ces derniers mois, est devenue irrégulière depuis mars dernier.

Depuis un mois, douleurs pelviennes surtout à gauche, s'irradiant dans la région lombaire correspondante.

A l'examen on sent l'annexe gauche prolabé dans le cul de sac postérieur.

30 juin. — Ponction, débridement. Ablation de l'annexe droit.

12 juillet. — La malade sort incomplètement guérie malgré l'avis du chef de service.

La malade revient le 30 septembre 1898. On lui fait un nouveau débridement pour une nouvelle collection et on enlève l'annexe gauche malade.

3 octobre. — Fistule recto-vaginale.

30 octobre. — La malade sort guérie.

OBSERVATION XXIX

Juliette B., 40 ans, entre à la Charité le 8 juillet 1897. Un enfant il y a 10 ans (forceps). A toujours été bien réglée jusqu'à il y a deux mois. Depuis, douleurs pelviennes très fortes, surtout

à droite. Miction douloureuse. Utérus en rétroflexion. Le cul de sac droit est empâté et très douloureux.

10 juillet. — Ponction. Issue de pus. Salpingectomie totale. Pince à demeure.

13 juillet. — Fistule intestino-vaginale portant sur le rectum.

20 juillet. — La fistule est presque guérie et ne laisse plus passer que des matières liquides.

19 août. — La malade sort, La fistule est tarie. Excellent état général.

OBSERVATION XXX

Louise W., 36 ans, entre à la clinique le 2 juillet 1897. Une grossesse normale il y a 15 ans. Menstruation régulière depuis l'âge de 14 ans.

La malade ressent des douleurs pelviennes, surtout du côté droit. Dans le cul de sac postérieur on sent une tumeur fluctuante très volumineuse.

6 juillet. — Ponction. Débridement. Ouverture d'une grosse collection purulente. On essaie de décoller la trompe gauche, qui présente de grosses masses adhérentes mais on ne réussit qu'à en enlever un morceau. Eponge.

11 juillet. — En enlevant l'éponge on constate la présence d'une fistule recto-vaginale. Mèche de gaze iodoformée.

25 juillet. — La malade sort à peu près guérie. Sa fistule est presque cicatrisée.

2 septembre. — Revue à son domicile, la malade est complètement guérie.

OBSERVATION XXXI

Femme L, 24 ans, entre le 12 juillet 1897 domestique; fille-mère d'un enfant de 15 mois, remarque que depuis trois semaines elle perd ses forces. Néanmoins elle a continué son travail, lorsqu'il y a dix jours elle fut prise de vomissements qui ont duré jusqu'à hier. Elle souffrait beaucoup du ventre, avait de violentes coliques et était très constipée. En même temps son ventre devenait gros.

A l'examen, grosse tumeur abdominale remontant plus haut

que l'ombilic. Caractères d'un kyste. Ponction : issue d'une énorme quantité de liquide séreux très peu filant. Eponge.

16 juillet. — On retire facilement l'éponge déjà en partie chassée par la reproduction du liquide en arrière. Ce liquide, toutefois, ne s'échappe pas, et au toucher on arrive sur une poche qui vient refermer l'orifice de ponction.

20 juillet. — Le liquide s'est reproduit presque aussi abondant que lors de la première ponction. Nouvelle intervention à la même place : issue d'une grande quantité de pus épais et très fétide.

22 juillet. — Etat général meilleur : une fistule antéro-vaginale est reconnue.

.

29 août. — Sortie. Les matières fécales n'apparaissent plus dans les pansements.

26 septembre. — La malade revient se faire examiner. Son aspect a totalement changé : elle est complètement guérie. Etat général excellent.

OBSERVATION XXXII

Madeleine F..., 21 ans, entre à la clinique le 1^{er} octobre 1893. La malade est assez bien réglée depuis l'âge de 11 ans.

Depuis cinq jours elle ressent une douleur persistante du côté droit (fosse iliaque). Au toucher on sent son annexe du côté droit qui présente une augmentation de volume assez sérieux.

3 octobre. — Ablation des deux annexes par voie vaginale. Eponge.

6 octobre. — Fistule recto-vaginale.

31 octobre. — La malade sort complètement guérie. La fistule est cicatrisée.

OBSERVATION XXXIII

Jeanne T..., 34 ans, entre à la clinique le 11 octobre 1898. Menstruation régulière. Douleurs pelviennes à gauche.

En avant et à gauche on sent une tumeur de la grosseur d'une orange légèrement fluctuante.

12 octobre. — Incision du cul-de-sac postérieur. Ecoulement abondant de pus. Décollement de la trompe gauche.

15 octobre. — Matières stercorales sur l'éponge. Fistule recto-vaginale.

25 octobre. — La malade part guérie. Sa fistule est complètement cicatrisée.

OBSERVATION XXXIV

Virginie F .., âgée de 16 ans, entre à l'hospice de la Charité le 20 octobre 1898. Réglée à 14 ans et demi, elle a vu, après deux époques normales, sa menstruation interrompue pendant dix mois. Depuis trois mois seulement, les règles sont revenues régulières et abondantes tous les trente jours et durent quatre jours. Les dernières datent du commencement du mois. Dans l'interval, pertes blanches habituelles.

La malade raconte qu'il y a trois semaines environ, à la suite d'un effort violent, elle ressentit une vive douleur au côté gauche. Cette douleur, à exaspération nocturne, ne l'a pas quittée depuis. A partir de cette époque également, elle fut ordinairement constipée et ses mictions urinaires furent douloureuses.

A l'examen, l'utérus n'offre rien de particulier, mais la poche de Douglas est occupée par une énorme masse, empiétant sur les culs de sac latéraux et faisant une forte saillie dans le vagin. La tumeur est de consistance très dure, toutefois la moindre pression faite sur l'abdomen se transmet au doigt vaginal, surtout à droite.

Le 24 octobre, ponction. Ecoulement d'un liquide épais, mal lié, de couleur jaune-verdâtre et de très mauvaise odeur, il sort en abondance. Après lavage, on place deux éponges.

Le 25 octobre, pansement. Les éponges sont retirées souillées de matières fécales: il y a fistule recto-vaginale.

.

Le 14 novembre, la malade sort guérie. Les matières fécales n'apparaissent plus dans le vagin depuis quatre jours. La fistule s'est fermée d'elle-même sans autre traitement que des lavages abondants et répétés.

Malade revue trois mois après en excellente santé.

OBSERVATION XXXV

Marie-Louise C..., 47 ans, entre à la clinique le 4 mars 1899. Quatre accouchements normaux, le dernier il y a trois ans. Néphrite il y a un an. Réglée à 13 ans. Menstruation régulière depuis.

La malade est albuminurique depuis plusieurs mois.

A droite, on sent une tumeur pelvienne qui s'élève à quatre travers de doigt au-dessus du pubis. La tumeur est dure, immobile, et comme enclavée dans le petit bassin.

6 mars. — Ponction, débridement. Il s'écoule une énorme quantité de pus. On essaie en vain d'extirper les annexes malades. Eponge.

10 mars. — Au pansement, on trouve une fistule recto-vaginale.

La fistule diminue peu à peu sans intervention et est cicatrisée le 10 mai quand la malade quitte le service.

OBSERVATION XXXVI

Louise G..., 40 ans, entre à la clinique le 9 juillet 1899. Une fausse couche à 22 ans. Bien réglée depuis l'âge de 14 ans. En deux mois et en dehors de ses règles, elle a eu deux hémorragies.

Douleur dans le flanc droit, s'irradiant dans la cuisse droite. Inappétence. Cystite.

Dans le cul de sac droit on sent une masse de la grosseur d'une mandarine, paraissant adhérente à la corne utérine droite, tendue et douloureuse.

Dans le cul de sac gauche, empâtement descendant assez bas du côté du vagin.

Topiques sur l'abdomen.

Le 14 août 1899 on ouvre le cul de sac postérieur, d'où il s'écoule de la sérosité louche. Ablation de l'ovaire gauche qui est kystique, et de fragments de la trompe droite. Eponge.

17 août. — On trouve sur l'éponge des matières fécales. Il s'est créé une fistule recto-vaginale.

11 septembre. — La guérison a suivi son cours. La malade part rétablie. Sa fistule est tarie.

OBSERVATION XXXVII

Jeanne T..., 27 ans, entre à la clinique le 2 août 1899. Un accouchement normal il y a 7 ans. Menstruation régulière depuis l'âge de 15 ans. Dernières règles le 14 juillet.

Il y a quinze jours les douleurs ont débuté dans le ventre et les reins. Elles étaient accompagnées de vomissements pendant les premiers jours.

On sent dans la fosse iliaque gauche une collection perceptible également par le cul de sac postérieur du bassin.

L'utérus est refoulé en avant.

On trouve les deux annexes. Celle de gauche est mobile, celle de droite se confond avec la masse postérieure.

4 août. — Incision du cul de sac postérieur. Il ne s'écoule aucun liquide. Le cul de sac de Douglas est garni de brides et d'adhérences, réunissant entre eux la paroi postérieure de l'utérus et deux trompes tuméfiées. On ouvre ces deux trompes qu'on ne peut enlever à cause de leurs adhérences. On place deux mèches et une éponge.

12 août. — On trouve des matières fécales dans le pansement. On a une fistule rectale.

5 septembre. — La fistule s'est fermée sans intervention. La malade sort guérie.

OBSERVATION XXXVIII

Juliette B..., 39 ans, entre à la clinique le 21 décembre 1898. Elle a eu quatre enfants à terme. Deux sont morts en nourrice. Quatre fausses couches. Réglée à 13 ans 1/2, menstruation régulière.

Premières souffrances en février, surtout du côté gauche. Pas de modification des règles.

A l'examen du 22 décembre, on constate une tumeur pelvienne peu fluctuante.

24 décembre. — On ponctionne la tumeur et on met une éponge remplacée trois jours après par des mèches.

10 janvier. — La malade sort incomplètement guérie malgré l'avis du chirurgien.

30 mars. — La malade a une récurrence. On ponctionne la collection récidivée.

4 avril. — Matières fécales sur l'éponge.

La malade reste deux mois et demi dans le service et sort conservant une petite fistule intestino-vaginale.

30 novembre. — La fistule, qui est petite, est cautérisée au chlorure de zinc.

4 décembre. — La malade perd moins. Nouvelle cautérisation.

8 décembre. — La malade ne perd plus.

4 janvier. La malade, revue à son domicile, est complètement guérie.

OBSERVATION XXXIX

Marie P... entre pour la première fois dans le service le 15 décembre 1877, pour une poche purulente du Douglas, qui est ponctionnée. La malade commet l'imprudence de ressortir pour le 1^{er} janvier. Elle a une récurrence opérée le 14 janvier 1898.

Elle quitte encore l'hôpital incomplètement guérie, est obligée d'y revenir le 23 juin. Elle a une annexite double volumineuse.

Le *24 juin*, débridement du cul-de-sac postérieur, ablation des deux trompes malades.

28 juin. — On constate une fistule intestino-vaginale siégeant sur l'intestin grêle.

Cette fistule persiste.

13 novembre. — Intervention par le vagin pour oblitérer la fistule.

A la suite de cette opération, on ne voit plus couler de matières chyleuses par le vagin, mais bien encore des matières stercorales bien formées. Il y avait donc deux fistules.

En septembre 1899, nouvelle opération par laparotomie pour oblitérer la fistule.

Le manuel opératoire a été exposé dans un chapitre de notre thèse. Nous n'y reviendrons pas.

Depuis la malade n'a plus perdu. Nous l'avons revue dans le courant de décembre 1899. Elle allait très bien. Nous l'avons visitée à son domicile le 4 janvier. Elle est enchantée de la dernière intervention. La guérison est complète.

Nous venons de reproduire 41 observations toutes puisées à la clinique gynécologique de Lyon. Nous avons été obligés de les résumer, le seul point intéressant pour nous étant la fistule, et d'autre part l'évolution de cette fistule ne présentant rien de saillant puisqu'elle aboutit naturellement à la guérison. Nous avons divisé nos observations en trois groupes suivant le mode que nous avons adopté pour la classification des fistules :

1 ^{er} groupe.	—	Fistules pré-opératoires,		3
2 ^e	—	—	opératoires	 2
3 ^e	—	—	postopératoires	 34

Enfin nous publions les dernières, les deux seules observations où la fistule ait nécessité une intervention secondaire. Dans un cas, le chlorure de zinc a suffi (observation XXXVIII).

Ces fistules siégeaient cinq fois seulement sur l'intestin grêle (observations VI, VII, VIII, IX, XXXIX), et une fois sur l'S iliaque (observation X). Dans tous les autres cas, elles siégeaient sur le rectum.

CONCLUSIONS

I. — La voie vaginale est la voie de choix dans le traitement des suppurations pelviennes.

II.— Les fistules stercorales possibles et fréquentes dans les interventions sur les organes du petit bassin sont une nouvelle raison qui doit déterminer à opérer par le vagin.

III.— Les fistules intestino-vaginales sont toujours bénignes, ne nécessitent qu'exceptionnellement une intervention secondaire et guérissent spontanément dans un temps qui varie de huit jours à deux mois.

IV. — Dans les cas rares où la fistule persiste, on doit intervenir de la façon suivante :

A. Si le trajet est étroit et ne laisse passer que les matières liquides, on pratiquera la cautérisation au chlorure de zinc

B. Si le trajet est large et laisse passer les matières solides, on aura recours à une laparotomie pour obturer la fistule par suture intestinale.

Vu :

Le Doyen,
LORTET.

Le Président de la Thèse,
SOULIER.

Permis d'imprimer :

Le Recteur,
Président du Conseil de l'Université,
GABRIEL COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- Adenot : Congrès de Genève 1896.
La Bonardière : Annales de gynécologie 1896.
Bouilly : Congrès de Genève 1896.
Chavis : Traitement des salpingo-ovarites par
laparotomie, Th. Paris 1896.
Delbet : Congrès de Genève.
Dudley : Americ Journal'of Obst. 1892.
Hartmann : Congrès de Genève.
Hartmann et Morax : Annales de gynécologie 1897.
Jacobs : Congrès de Genève 1896.
Laroyenne : id.
Laroyenne : Lyon médical 1894.
Leguen : Traité de gynécologie.
Reynier : Congrès de Genève.
Richelot : id. 1896.
-

